



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Manuel David Soler Asencio.

Título: Intervenção educativa sobre os fatores de risco modificáveis e de proteção para as DCNT em grupos comunitários.

Rio de Janeiro
2015

Manuel David Soler Asencio.

Título: Intervenção educativa sobre os fatores de risco modificáveis e de proteção para as DCNT em grupos comunitários.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família, a Universidade Aberta
do SUS.

Orientadora: Karen André Oliveira Xavier

Rio de Janeiro
2015

RESUMO

Introdução: As DCNT constituem um problema de saúde no mundo e no Brasil. O elevado número de atendimentos por estas doenças e o baixo conhecimento dos FRM e de proteção pelos pacientes interfere negativamente no autocuidado dos usuários com essas doenças crônicas e sobrecarrega o atendimento diário na UBS: Santa Cruz. **Objetivo Geral:** Realizar atividades de educação em saúde para a prevenção e o controle das DCNT. **Objetivo Específico:** Interferir de maneira positiva na linha de autocuidados. Estimular a adesão ao tratamento não farmacológico e grupos comunitários. Diminuir o número de atendimentos na UBS por DCNT. Melhorar o preparo da equipe para o enfrentamento às DCNT. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção com uma ação: a realização de atividades de educação em saúde para a prevenção e o controle das DCNT, com a participação de todos os Profissionais de Saúde da UBS. **Resultados esperados:** A fim de conscientizar, aproximar e prevenir essas doenças crônicas e suas complicações ou agravamentos em pacientes dos grupos comunitários e da comunidade em geral.

Descritores: Doenças crônicas não transmissíveis; DCNT; Fatores de risco e protetores das DCNT; Modificação de estilo de vida.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	6
1.1	Situação Problema	9
1.2	Justificativa	9
1.3	Objetivos	11
2.	REVISÃO DE LITERATURA	12
3.	METODOLOGIA	14
3.1	Público-alvo	14
3.2	Desenho da Operação	14
3.3	Parcerias Estabelecidas	15
3.4	Recursos Necessários	15
3.5	Cronograma de Execução	16
3.6	Resultados Esperados	16
3.7	Avaliação	16
4.	CONCLUSÃO	17
	REFERÊNCIAS	18
	ANEXOS	19

LISTA DE ABREVIATURAS:

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis.

FRM - Fatores de Risco Modificáveis.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

GATS - Global Adult Tobacco Survey.

PETab - Pesquisa Especial de Tabagismo.

PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar.

ONU – Organização das Nações Unidas.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TCC – Trabalho de terminação de Curso.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

PI - Projeto de Intervenção.

Anvisa - Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

APS - Atenção Primária em Saúde.

HIPERDIA – Grupos comunitários.

ESF – Equipe de Saúde da Família.

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

WHO - World Health Organization.

TCLE - Consentimento Livre e Esclarecido.

PROMEF - Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade.

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas.

RG – Carteira de Identidade (Registro Geral)

1. INTRODUÇÃO

Este TCC é apresentado como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família à Universidade Aberta do SUS do estado Rio de Janeiro. A motivação para esse estudo surgiu a partir da observação de um elevado número de atendimentos por Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na Unidade Básica de saúde (UBS) Santa Cruz do município Aracruz, com um baixo conhecimento dos Fatores de risco Modificáveis (FRM) e de proteção que está interferindo negativamente no autocuidado desses usuários com essas doenças crônicas e sobrecarregando o atendimento diário da unidade.

Contexto

Reunião de Alto nível da ONU

A Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de maio de 2010, na Resolução nº 265, decidiu convocar, para setembro de 2011, em Nova York, uma Reunião de Alto Nível sobre DCNT, com a participação dos chefes de Estado. Essa é a terceira vez que a ONU chama uma reunião de alto nível para discutir temas de saúde, o que representa uma janela de oportunidade, significando um ponto crucial para o engajamento dos líderes de Estado e Governo na luta contra as DCNT, bem como para a inserção do tema das DCNT como fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial aquelas relativas à redução da pobreza e desigualdade ¹

Contexto mundial das DCNT

As DCNT são as principais causas de morte no mundo, 16 milhões de mortes prematuras (antes dos 70 anos) segundo um novo relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS); o qual assinala que a maioria das mortes prematuras por doenças crônicas não transmissíveis são evitáveis. Dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT, 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis em pessoas com idade inferior a 60 anos (um aumento de 14,6 milhões mortes em relação ao 2000). Quase três quartos de todas as mortes por doenças crônicas não transmissíveis (28 milhões) e 82% dos 16 milhões de mortes prematuras ocorrem em países de renda média e baixa ²

Nas principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada ²⁻⁷

DCNT no Brasil

As doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. As DCNT atingem fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes ³

Fatores de risco no Brasil: os níveis de atividade física no lazer na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes 5 ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente ³⁻⁷

Políticas de DCNT no Brasil em destaque

– Organização da Vigilância de DCNT: O Brasil vem organizando a partir do 2005, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as doenças e agravos não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde.

Em 2003, realizou-se o primeiro inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis, que constituiu a linha de base do país no monitoramento dos principais fatores de risco.

Em 2006, foi implantado o Vigitel, inquérito por telefone que, com 54 mil entrevistas anuais, investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (≥ 18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil; com uma frequência anual.

Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu, como parte da iniciativa do Global Adult Tobacco Survey (GATS), informações sobre morbidade e alguns fatores de risco e, ainda, a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab).

Em 2009, foi realizada a I Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito com cerca de 63 mil alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das

capitais do Brasil e do Distrito Federal, feito em parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os Ministério da Saúde e da Educação, que acontecerá a cada 3 anos. Já no 2013 a pesquisa cresceu até 80 mil estudantes.

O monitoramento da morbimortalidade em DCNT, componente essencial para a vigilância, é realizado por meio dos sistemas de informações do SUS e outros. Outras atividades neste processo são as capacitações das equipes de saúde de estados e municípios, com o estabelecimento de atividades e estratégias de prevenção, promoção e assistência e com a definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais.

– **Política nacional de Promoção da Saúde:** Aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações de uma forma intersetorial e integrada.

– **Atividade Física:** O Ministério da Saúde (MS) lançou, em 7 de abril de 2011, o programa Academia da Saúde, com o objetivo de promoção da saúde por meio de atividade física, com meta de expansão a 4 mil municípios até 2015. Desde 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS apoia e financia programas de atividade física que somaram mais de mil projetos em todo o país.

– **Tabaco:** O sucesso da política antitabaco é um ponto de grande relevância que reflete no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se as ações regulatórias, como a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, a adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras. Em 2011, foram realizadas consultas públicas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para ampliar as advertências nos maços, o maior controle da propaganda nos pontos de venda e a proibição de aditivos de sabor nos cigarros.

– **Alimentação:** O incentivo ao aleitamento materno tem sido uma importante iniciativa do MS, ao lado de mensagens claras, como o Guia de Alimentação Saudável, e parcerias, como a do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) no programa Bolsa Família. O Brasil também se destaca na regulamentação da rotulagem dos alimentos. Além disso, foram realizados acordos com a indústria para a redução do teor das gorduras transe, recentemente, novos acordos voluntários de metas de redução de sal em 10% ao ano em pães, macarrão e, até o final de 2011, nos demais grupos de alimentos.

– **Expansão da atenção primária:** A Atenção Primária em Saúde (APS) cobre cerca de 60% da população brasileira. As equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. Foram publicados os Cadernos da Atenção Básica e guias para o controle de hipertensão arterial, diabetes, obesidade, doenças do aparelho circulatório, entre outros.

– **Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes:** Expansão da atenção farmacêutica e da distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes, ácido acetil salicílico, estatina, entre outros). Em março de 2011, o programa Farmácia Popular passou a ofertar medicamentos gratuitos para hipertensão e diabetes em mais de 17.500 farmácias privadas credenciadas. Essa medida ampliou o acesso e foram distribuídos, até abril de 2011, mais de 3,7 milhões de tratamentos, aumentando em 70% a distribuição de medicamentos para hipertensos e diabéticos^{7, 8}

1.1 Situação-problema

Elevado número de atendimentos por DCNT e o baixo conhecimento dos FRM e de proteção pelos pacientes interfere negativamente no autocuidado dos usuários com essas doenças crônicas e sobrecarrega o atendimento diário na equipe da UBS: Santa Cruz do Município Aracruz.

1.2 Justificativa

Temos em nossa área um total de 529 (22,7%) pacientes com hipertensão e 148 (6,3%) com diabetes dos quais 139 tem hipertensão sobreposta, além disso, temos 40 pacientes (1,7%) com transtornos mentais, 12 (0,5%) com diagnóstico confirmado de câncer e 8 (0,3%) com DPOC, para um total de pacientes com DCNT de 588 que representa o (25,3%) da população adulta, deles 325 (13,9%) foram classificados no 2014 como alto risco cardiovascular, todos dentro da faixa etária de quinze e mais anos; com uma assistência aos grupos de HIPERDIA de um 18% deles mensalmente.

Esso significa que 1 de cada 4 adultos da nossa área apresenta uma DCNT já diagnosticada, 1 de cada 10 adultos tem alto risco cardiovascular e só 2 de cada 10 paciente com essas DCNT visita os grupos comunitários.

As estatísticas da UBS também mostram que entre o 53 – 56% dos pacientes que consultam na UBS tem como motivo de consulta uma DCNT e a maioria deles só vem consultar com o propósito de renovar receita (1 de cada 2 pacientes consultados no primeiro trimestre do 2015) questão que acaba sobrecarregando a agenda da equipe e traz insatisfação entre os usuários da Unidade⁹

Como temos um elevado número de pacientes dentro de nossa população com estas DCNT e com uma baixa percepção do risco e considerando que estas causam danos irreversíveis e apresentam um longo período assintomático e fatores de risco comuns e preveníveis, torna-se importante estabelecer um projeto de intervenção (PI) que seja facilmente aplicável através do trabalho educativo com os grupos comunitários de nossa área para abranger a maior parte possível da população com essas doenças crônicas. Nosso objetivo em este PI não é demonstrar a importância dos FRM; isto está amplamente demonstrado e já foi estabelecido no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento às DCNT no Brasil no período 2011-2022, porém, realizar atividades de educação em saúde, ações efetivas, que sejam possíveis de desenvolver para a prevenção e o controle das DCNT e seus FRM e de proteção; estimular-lhes positivamente para-se aderir ao tratamento não farmacológico e aos grupos comunitários, e aumentar o preparo da equipe para o enfrentamento às DCNT.

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

- Realizar atividades de educação em saúde para a prevenção e controle das DCNT.

- *Objetivos específicos*

- Interferir de maneira positiva na linha de autocuidados dos pacientes com DCNT.
- Estimular a adesão ao tratamento não farmacológico e aos grupos comunitários.
- Diminuir o número de atendimentos na UBS por DCNT para melhorar o funcionamento da equipe.
- Melhorar o preparo da equipe para o enfrentamento às DCNT.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Doenças crônicas constituem uma das principais causas de mortalidade no mundo, segundo estimativas da OMS. No Brasil, as DCNT constituem a principal causa de morte em adultos, com destaque para as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, responsáveis pela maior parte das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar; que também resultam em crescente impacto econômico, afetando um grande número de famílias, sistema de saúde e sociedade em geral ^{2, 3}

Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis como ausência de uma dieta saudável, uso de cigarro, consumo nocivo de bebida alcoólica e a inatividade física explicam a maior parte destas doenças crônicas e seus agravos, que são expressas através de fatores de risco intermediários como hipertensão arterial, hiperglicemia, deterioração do perfil lipídico e obesidade. ²⁻⁷

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS	FATORES DE PROTEÇÃO
Hábitos alimentares inadequados	Alimentação saudável
Sedentarismo	Prática de exercício físico
Tabagismo	Não fumar
Consumo excessivo de álcool	Consumo adequado de álcool
Níveis elevados de lipídeos sanguíneos	Níveis sanguíneos adequados de lipídeos
Estresse	Realizar atividades de lazer
Obesidade	Peso adequado
Valores pressóricos elevados	Valores pressóricos adequados.

A avaliação da **adesão ao tratamento** inclui, além do uso regular da medicação, a frequência às consultas e as atitudes de autocuidado, como:

- Alimentação adequada;
- Atividade física;
- Atividades laborativas e de lazer;
- Vida social e familiar satisfatória.

Caso seja constatada alguma dificuldade em qualquer um dos aspectos descritos anteriormente, é hora de centrar a atenção na investigação cuidadosa dos motivos subjacentes a essa dificuldade.

Os fatores para a avaliação da adesão incluem:

- Uso adequado de medicação;
- Frequência às consultas;
- Atitudes de autocuidado.

Autocuidado/Autoestima:

Um dos elementos essenciais para a adesão ao tratamento é a disponibilidade e empenho da pessoa em cuidar de si própria. Esse cuidado se faz presente quando a pessoa pode se perceber como alguém que o merece, alguém que tem valor e importância. Além disso, querer cuidar de si pressupõe o desejo de viver, ter projetos a realizar na vida, ter sonhos para o futuro ¹⁰

GRUPOS

“O contato efetivo e afetivo com diferentes pessoas questiona certezas, mobiliza conhecimentos, provoca sentimentos, influencia atitudes e maneiras de pensar; é de fundamental importância um momento de reflexão dos profissionais sobre a tarefa que desenvolve.”

A estruturação de grupos com base na abordagem integral e com ênfase na autonomia que consolide o espaço dialógico entre quem cuida e quem é cuidado tem se mostrado eficaz no enfrentamento das doenças crônicas e entre os dependentes químicos.

A estratégia do grupo de adesão constitui espaço solidário que permite o acesso à informação, a troca de experiências, o intercâmbio de motivações, o apoio mútuo e a vivência de uma pluralidade de situações que criam oportunidades para pacientes e profissionais de saúde posicionarem-se, tirarem dúvidas, interagirem e superarem dificuldades no processo de aderir ao tratamento.

O grupo terapêutico é um espaço de construção coletiva com vistas a uma abordagem ampliada da saúde com possibilidades de ser, a um só tempo, local de desenvolvimento de cuidado assistencial mais pertinente às necessidades das pessoas e cenário privilegiado de ensino e de capacitação discente ^{10, 11}

3. METODOLOGIA

3.1 Público-alvo

Para a realização do projeto serão convidados todos os pacientes da área que quiserem participar com ênfases em aqueles com DCNT; que aceitem participar dos grupos comunitários e do PI, os quais deverão assinar o termo de cessão de uso de imagem (anexo 1) para eventual exposição do trabalho, e que estejam cadastrados, pertencentes à área de abrangência da equipe 004 da UBS Santa Cruz, do município de Aracruz.

A equipe de Saúde da família (ESF) apresenta uma população cadastrada de 2891, com 1331 famílias para uma média de duas pessoas cadastrada por família, das quais 1550 são do sexo feminino e 1341 do sexo masculino. Com uma população 15 ou mais anos de 2322, sendo do sexo feminino 1222 e masculino de 1100, com população igual ou maior de sessenta anos de 422. Temos um total de 588 com DCNT diagnosticadas que representa o (25,3%) da população adulta e o (20,3%) da população total ⁹

3.2 Desenho da operação

Assim, após o levantamento do problema, o projeto de intervenção é indicado para realização de atividades de educação em saúde com a participação dos funcionários da equipe a traves da utilização de obras de teatro, palestras, assistir vídeos informativos e filmes. Cada reunião vai ser tratada em não mais de 60 minutos, aproveitando o espaço dos grupos comunitários, desenvolvendo um tema definido mensalmente.

Etapas do projeto:

1ª etapa: Levantamento de dados estadísticos dos registros da UBS, dos grupos e no diagnóstico de saúde para identificar a situação das DCNT na Área de abrangência.

2ª etapa: Capacitação da equipe sobre os FRM e de proteção para as DCNT e seus agravos e produção do material educativo.

- 10/06/2015 ESF as 15:00 horas
- 17/06/2015 ESF as 15:00 horas
- 24/06/2015 ESF às 15:00 horas.

Essas reuniões com a equipe cumpriram o objetivo de capacitação e construção do plano de ações (anexo 2) e produção do material educativo para que cada Estratégia de Saúde da Família possa estar atuando na unidade de saúde e comunidade.

3ª etapa: Os pacientes serão convocados pelos ACS para as reuniões nos grupos comunitários.

4ª etapa: Realização das atividades educativas nos grupos; Serão desenvolvidas com um tema definido mensalmente.

-Tema 1: DCNT seus FRM e de proteção. (Será a modo de introdução)

-Tema 2: Alimentação saudável para evitar as DCNT.

-Tema 3: Prática de exercício físico e atividades de lazer no controle das DCNT.

-Tema 4: Efeitos nocivos do tabaco e do álcool para a saúde.

-Tema 5: Como a sobrepeso, lipídeos elevados e pressão alta afetam a saúde.

-Tema 6: Fatores de Proteção para as DCNT.

5ª etapa: Análise dos resultados alcançados pelo PI:

3.3 Parcerias Estabelecidas

O trabalho vai ser feito em parceria com a associação de moradores e Igrejas da comunidade e grupo de teatro da UBS para a efetivação do plano de intervenção.

3.4 Recursos Necessários

a) Recursos humanos:

Pessoal da equipe e grupo de teatro da unidade.

b) Recursos materiais:

Recursos	Quantidade
Calculadora	1
Notebook com Projetor multimídia	1
Folhas do tipo carta	2500
Impressora a laser	1
Canetas	5
Cadernos	3

3.5 Cronograma de execução

#	Etapas do PI	TDR	Data
1	Levantamento de dados estadísticos.	2 meses	Abril-Maio 2015
2	Capacitação da equipe e Produção do material educativo.	1 mês	Junho-2015
3	Os pacientes serão convocados.	1 mês	Junho-2015
4	Realização das atividades educativas.	6 meses	Julho-Dezembro 2015
5	Análise dos resultados alcançados.	1 mês	Janeiro-2016
	Total	10 meses	Abril-2015/ Janeiro-2016

TDR: Tempo destinado para sua realização.

3.6 Resultados esperados

A fim de conscientizar, aproximar e prevenir essas doenças crônicas e suas complicações ou agravamentos em pacientes dos grupos comunitários e da comunidade em geral.

3.7 Avaliação

Avaliaremos os impactos do PI com o cumprimento das diferentes etapas do plano de ação, o controle dos registros de assistência aos grupos comunitários, estatística do Diagnóstico de Saúde 2015 e avaliação continua do trabalho dos funcionários da equipe.

4. CONCLUSÃO

Nosso PI ainda de encontrar-se em etapas iniciais deu para perceber que as DCNT constituem um problema de saúde em nossa comunidade, que o elevado número de atendimentos por estas doenças interfere negativamente no autocuidado dos usuários e sobrecarrega o atendimento diário de nossa equipe de saúde da família.

Esta experiência aportará novas ideias, muito mais conhecimento e amadurecerá nossa equipe para o enfrentamento as DCNT; melhorará a adesão dos pacientes ao tratamento e os grupos comunitários; aumentará a autoestima e o autocuidado deles, porém, ajudará na prevenção das doenças crônicas e suas complicações ou agravamentos em pacientes dos grupos comunitários e da população em geral.

Bibliografia

1. MUNIZ; Saúde é tema de reunião de alto nível das Nações Unidas. Revista Medicando [online], Brasil, 20 set. 2011. Disponível: <http://www.medicando.com.br/noticia/id-256-saude-e-tema-de-reuniao-de-alto-nivel-das-nacoes-unidas> [Capturado em 11 abr. 2015].
2. WHO 2015. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization, 2015
3. SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. The Lancet, 2011, n. 377.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção de saúde, vigilância, prevenção e assistência, 2008.
7. Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) No Brasil, 20011-2022.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 dez. de 2010. Seção 1.
9. Albuquerque A, Deveza M. Adesão ao tratamento na prática do médico de família e comunidade e na atenção primária à saúde: Porto Alegre: Editora Artmed/ Panamericana, PROMEF, 2009.
10. Silveira LM, Ribeiro VM. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de ensinagem para profissionais de saúde e pacientes. Interface- Comunic. Saúde, Educ. 2004;9(16):91-104.

Anexos

Anexo 1

Termo de autorização de uso de imagem e depoimentos

Eu _____, CPF _____,

RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, ao pesquisador Manuel David Soler Asencio do projeto de pesquisa intitulado “Intervenção educativa sobre os fatores de risco modificáveis e de proteção para as DCNT em grupos comunitários” a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor do pesquisador da pesquisa, acima especificado, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

Santa Cruz, __ de _____ de 2015

Pesquisador responsável pelo projeto

Sujeito da Pesquisa

Responsável Legal (Caso o sujeito seja menor de idade)